

СОГЛАСИЕ
на предоставление информации

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт: Серия _____ номер _____, выдан _____

дата выдачи _____ код подразделения: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

подтверждаю свое согласие на получение следующей информации в ГБУЗ РТ «Реснаркодиспансер»:

1. об обращении за оказанием медицинской помощи;
2. о состоянии моего здоровья и диагнозе,
3. иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

Дата: «___» _____ 2016г.

Приложение: Копия паспорта.